

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-008926

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1788 Société : 103861

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUHLANE EL Mostafa

Date de naissance : 12-10-1950

Adresse : 118 Avenue Rachid El Moudjahid

Tél : 0663017862 Total des frais engagés : mille deux cent Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/03/2024

Nom et prénom du malade : Houmane EL Mostafa Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Anévrisme de l'aorte abdominale

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa

Le : 06/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'He  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
6/3/24	ECG	K 16	200DH	<div> <div> الطبيب العيسى محمد </div> <div> Docteur EL AISSI Med </div> <div> CARDIOLOGUE </div> <div> 1, Av. El Massira - El Jajda </div> </div>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div>PHARMACIE EL FATHI</div> <div>Dr. Omar EL FATHI</div> <div>83, Av. Med Errafiq El Jajda</div> <div>Tel: 023 34 000</div> </div>	06/03/24	1064,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

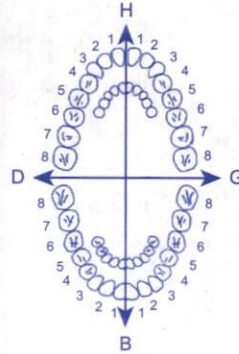
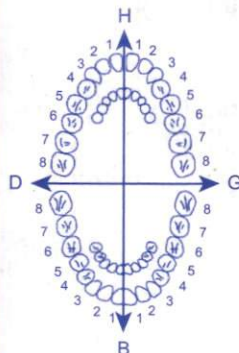
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

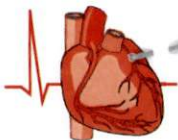
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mohamed EL AISSI**

Spécialiste en cardiovasculaire  
Lauréat Faculté de Tours - France  
Ex Medecin à l'Hôpital Mohamed V  
El Jadida







**الدكتور العيسى محمد**

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
خريج كلية الطب بتور - فرنسا  
طبيب سابق بمستشفى محمد V  
الجديدة

El Jadida le : 06/31/2021 الجديدة في :

NE Hommene EL Natf

- Cardiol 2.1 
- 50.7 x 6 1/2 
- stat 2.1 
- 91.00 x 6 2p 1sm
- Kartégi 16 
- 35.70 x 6 186

Inde 6 mois

1064.40.

PHARMACIE AL FATH  
Dr. Omar EL FATHI  
83, Av. Med Erradi EL JADIDA  
Tél: 023 34 10 96

دكتور العيسى محمد  
**Docteur EL AISSI Med**  
**CARDIOLOGUE**  
1, Av. El Massira - El Jadida

GSM : 06 62 84 69 22

Adresse : N°1 Avenue El Massira El Jadida à côté de Pharmacie Californie





6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS



6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

LOT : 23E003  
PER : 01 2025  
**KARDEGIC 160MG**  
**SACHETS B30**  
P.P.V : 35DH70



LOT : 22E013  
PER : 09 2024  
**KARDEGIC 160MG**  
**SACHETS B30**  
P.P.V : 35DH70



LOT : 22E008  
PER : 03 2024  
**KARDEGIC 160MG**  
**SACHETS B30**  
P.P.V : 35DH70



LOT : 22E006  
PER : 02 2024  
**KARDEGIC 160MG**  
**SACHETS B30**  
P.P.V : 35DH70



LOT : 23E003  
PER : 01 2025  
**KARDEGIC 160MG**  
**SACHETS B30**  
P.P.V : 35DH70



LOT : 23E005  
PER : 03 2025  
**KARDEGIC 160MG**  
**SACHETS B30**  
P.P.V : 35DH70



6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS



6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS



6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

9/100